

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE N°

408

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Juin 1897, à 1 heure

PAR

DE SAINT-FUSGIEN

Né à Vers (Somme) le 16 septembre 1864

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF

DE LA

Vésicule Biliaire

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

CHANTEMESSE et CHARRIN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Juin 1897, à 1 heure

PAR

DE SAINT-FUSGIEN

Né à Vers (Somme) le 16 septembre 1864

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF

DE LA

Vésicule Biliaire

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

CHANTEMESSE et CHARRIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	TARNIER.
Clinique d'accouchement	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	REITTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la légion d'honneur

INTRODUCTION

En suivant différents services dans les hôpitaux pendant les quelques semaines que nous étions venu passer à Paris, pour préparer nos examens de clinique et notre thèse, nous eûmes l'occasion de voir à Beaujon, dans le service de M. le D^r Troisier, une malade qui nous intéressa vivement. C'est celle qui fait l'objet de notre observation n° 48.

M. Decloux, interne de M. Troisier, voulut bien la mettre à notre disposition. Nous lui en exprimons nos vifs remerciements. Il s'agissait, comme le prouva bientôt l'autopsie, d'un cancer primitif de la vésicule biliaire. Ce cas nous frappa tout particulièrement, car peu de temps auparavant, nous en avions eu un dans notre clientèle, qui présentait avec celui-là de singulières analogies.

C'était une femme de 58 ans qui avait eu dans ses antécédents quelques poussées de coliques hépatiques. Sans avoir eu d'accidents nouveaux, elle prit peu à peu une teinte ictérique. Elle accusait une douleur sourde dans la région sous-hépatique, ayant

nettement son maximum un peu en dehors du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. On avait pensé tout d'abord à un calcul enclavé, mais devant l'affaiblissement rapide de l'état général et les progrès de la cachexie, l'idée d'une tumeur maligne nous était venue à l'esprit, sans que nous ayons pu toutefois établir le siège de la lésion. L'estomac n'était pas dilaté. La malade avait deci delà quelques vomissements, mais nullement caractéristiques. Le foie était légèrement augmenté de volume, ne présentait aucune bosselure. On sentait seulement au point douloureux un empâtement profond difficile à délimiter. Bientôt la malade tomba dans un état demi-comateux et mourut sans qu'il nous ait en somme été possible de préciser le diagnostic.

Rapprochant ce cas de celui que nous venions de voir chez M. Troisier, l'idée nous vint d'étudier de plus près ce point encore un peu obscur de la pathologie. C'est le résultat de ces recherches que nous apportons ici. Nous n'avions ni le temps, ni les éléments nécessaires pour faire un travail original. Nous nous sommes seulement efforcé, en comparant entre elles les observations recueillies et les opinions des divers auteurs qui se sont occupés de la question, d'esquisser une sorte de monographie résumant l'état actuel de nos connaissances, en ce qui concerne le cancer primitif de la vésicule biliaire.

Avant de commencer notre travail, qu'il nous

soit permis d'exprimer ici notre gratitude aux maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à nous et nous faire bénéficier de leur enseignement.

Que M. le professeur Bouchard veuille bien nous permettre de l'assurer de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous devons à M. le professeur Pinard des idées en obstétrique qui seront des guides précieux dans notre pratique journalière.

Auprès de M. Bazy, chirurgien de l'hôpital Tenon, nous avons cherché à perfectionner nos connaissances chirurgicales; qu'il nous permette lui aussi de le remercier de ses leçons et plus encore de la sympathie dont il nous a donné tant de preuves.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Debove nous fait un honneur dont nous ne saurions trop le remercier. Nous lui en exprimons toute notre respectueuse reconnaissance.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Historique

C'est surtout dans ces dernières années, que la littérature médicale s'est enrichie au sujet du carcinome primitif de la vésicule biliaire, et de nombreux auteurs se sont occupés de cette affection. C'est surtout depuis 1870 que le plus grand nombre de cas fut publié.

En effet, Delano Arnes qui est à citer à propos de ce chapitre, car il a compulsé un grand nombre d'ouvrages relatifs à la question, n'a pu trouver mention que de quatre cas antérieurs à l'année 1800 : Stall en rapporte deux en 1777, Hally un en 1786 et Baillie en 1794. Ces cas figurent dans les séries publiées par Courvosier en 1890.

Pendant la première moitié de notre siècle, neuf cas seulement furent publiés, parmi lesquels deux sont probablement secondaires à des cancers situés ailleurs. Heyfelder publia les deux premiers en 1839, et la même année dans son atlas d'anatomie pathologique, Cruveilhier, à propos de la pathologie de la vésicule, mentionne cette maladie mais n'entre pas dans le détail. C'est Durand-Fardel, qui, en 1840 publie le premier cas complet, et dans ce cas, le foie n'était pas atteint. En 1847, Lazare, publia un cas

dans lequel le foie était également indemne de tumeurs secondaires. La tumeur de la vésicule ne l'avait pas non plus envahi par continuité, voie la plus fréquente d'envahissement des parties voisines.

La même année parut un cas de Notta; puis Broca en 1848 et Rippoll en 1849 en présentèrent chacun un cas à la Société anatomique de Paris.

Parmi les cas publiés pendant cette période, deux sont probablement secondaires; ce sont celui de BurrIDGE en 1845, accepté comme primitif par Courvosier, mais rejeté par Nusser à cause de l'existence d'un cancer du sein durant depuis plusieurs années, et celui de Renaud en 1848.

Dans les dix années suivantes, 1850-1860, neuf nouveaux furent publiés, et un certain nombre de travaux de valeur virent le jour.

En 1852, Neschl publie un cas et en rappelle deux autres qu'il a observés antérieurement.

L'année suivante paraissent deux observations d'Icereg et Mahieux. Dans les dernières années de cette période parurent des observations et des articles de Klobe, Eopinard, Lebert, Pepper, Cassignac, et Markhain.

Ce dernier, très intéressant, concernait une jeune femme de 28 ans.

De 1860 à 1870, quinze cas parurent, ceux de Wagner en 1863, Gull en 1864, Cornil, Foot et Stokes

en 1865. Le cas de ce dernier auteur était probablement un cancer secondaire de la vésicule.

Fraser, Lutton et Buchereau en 1866, Moxon et Paulicki en 1867, Clamets, Nurchison et Ogle en 1868, Klebs et Willigkin en 1869 vinrent ensuite.

En 1870, parut le travail de Villard, le plus complet de ceux publiés jusqu'alors, dans lequel sont réunis et analysés 36 cas. Enfin, à différentes époques, en Allemagne, on vit paraître des articles importants par Krauss, Kohn, Lang-Heinrich et Zenker réunissant 28 cas et en faisant connaître huit nouveaux. Cinq autres furent ajoutés à la liste par Bernheim et Stiller.

Dans sa pathologie et chirurgie des voies biliaires, Courvosier consacre un chapitre à un résumé et à une critique de 103 cas. En Angleterre, Fagge, Maxon, Habershon et Moore traitèrent aussi ce sujet; En 1889 Nusser y publia un travail très intéressant et très important dans lequel il résume et analyse 100 cas.

Dans ces dernières années plusieurs observations furent publiées en France, entre autres deux en 1887 par M. Lancereaux.



Les calculs de la vésicule, a dit Stiller, sont l'agent irritant, la cause occasionnelle du cancer, sans aller aussi loin que cet auteur, et sans être aussi absolu que lui, on ne peut s'empêcher de remarquer la coïncidence pour ainsi dire constante de la lithiasé biliaire avec le cancer de la vésicule. Certains auteurs ont objecté que le cancer était primitif et que c'était lui qui déterminait la production des calculs, par les modifications que sa présence apportait dans la composition de la bile. De nombreux faits permettent de soutenir le contraire. Il y a, il est vrai, de nombreux cas de lithiasé sans cancer, mais les cas de carcinome primitif de la vésicule sans calculs sont extrêmement rares. Au contraire dans le cancer secondaire, on en trouve rarement, de sorte, qu'on peut dire que dans le cancer primitif de la vésicule, la présence de calculs est la règle, règle qui souffre très peu d'exceptions, tandis que dans le cancer secondaire elle est l'exception.

C'est là un premier argument en faveur de la théorie mécanique, mais il en est un autre : c'est ce fait que le cancer primitif de la vésicule se rencontre surtout chez les femmes. Les femmes, en effet, portent un corset qui presse avec force le rebord costal contre le foie, augmentant ainsi notablement le frottement de la vésicule contre le foie et la paroi abdominale antérieure.

Orth, dans son anatomie pathologique spéciale,

donne une figure montrant un carcinome de la vésicule qui contient un gros calcul et le bord antérieur du foie présentant une profonde dentelure.

Dans l'observation de Fütterer, la même altération a été notée, quoiqu'à un moindre degré. On a vu aussi un cancer de la vésicule survenir dans le cas de Graham chez un cordonnier qui travaillait penché et qui exerçait des pressions répétées sur son hypocondre droit, faits qui équivalaient à la pression du corset chez la femme.

En ce qui concerne le tube digestif, d'ailleurs, il semble que la théorie mécanique joue un grand rôle étiologique. Le cancer des lèvres a été attribué au frottement des tuyaux de pipes en terre : le cancer de la langue, au frottement de chicots : celui du pharynx, au frottement du bol alimentaire. Le cancer de l'œsophage se localise surtout au niveau du cricoïde et de la bifurcation de la trachée, où ces organes exercent sur lui une contre pression au moment de la déglutition. Puis viennent le cardia et le pylore, l'ampoule de Vater et la valvule de Bauhin et enfin l'anus, toutes parties rétrécies et comme telles soumises à des frottements plus ou moins violents, au moment du passages des matières contenues dans le tube digestif.

La cause du frottement à un endroit où se développera plus tard un cancer, peut être pathologique et dû à un rétrécissement inflammatoire ou cicatri-

ciel. Le cancer de l'estomac se développe souvent sur des cicatrices d'ulcères anciens et surtout sur les bords, comme l'a montré Hauser. On a noté dans la vésicule un processus analogue ; la cause de l'ulcération aurait, dès lors été le calcul ou les calculs.

Par contre, le foie, qui, dans les conditions ordinaires est soustrait aux frottements, est rarement le siège de cancer primitif. La théorie de l'origine mécanique semble donc avoir une réelle valeur. Entre ces théories diverses, il est bien difficile de se faire une opinion arrêtée. — Que la lithiase biliaire soit une cause d'irritation susceptible de déterminer l'écllosion du cancer, la chose n'est pas douteuse, mais elle ne saurait être qu'une cause occasionnelle. On en peut dire autant de la théorie mécanique d'après laquelle le cancer résulterait de traumatismes causés, soit par le corset, soit par une attitude vicieuse.

Nous apportons une observation inédite dans laquelle la malade n'avait jamais eu trace de lithiase, et on ne trouva pas davantage de calcul à l'autopsie, ce qui va contre l'hypothèse de ceux qui admettent que les calculs trouvés dans les cas de cancer seraient les résultats d'altérations consécutives à la présence de la tumeur (observation 45). Il faut donc admettre ici comme pour le cancer en général, l'influence d'un agent encore inconnu. On a dans ces derniers temps parlé de la nature parasitaire du cancer. C'est une question encore à l'étude et pour la solution de

laquelle, l'examen et la critique des cas de cancer primitif de la vésicule, n'apportent aucun argument digne d'être pris en considération. Il faudrait dans ce cas que le parasite fut réfractaire à l'action de la bile normale, ou altérée, comme il le serait au suc gastrique, ce qui l'éloignerait à ce point de vue des microbes connus.



Anatomie pathologique

Quand on lit les relations d'autopsie des malades morts à la suite de cancer de la vésicule biliaire, on est frappé des différences qui existent entre les divers cas. Tantôt la vésicule au lieu d'être augmentée de volume est presque atrophiée, tantôt, au contraire, on trouve une masse de volume variable, assez grosse quelquefois pour occuper presque entièrement l'hypochondre. De nombreuses adhérences l'unissent aux organes voisins, à tel point qu'à première vue, il est souvent malaisé de distinguer le point de départ de la lésion.

La veine porte et parfois la veine cave sont englobées dans cette gangue, où l'on retrouve les ganglions lymphatiques du hile du foie dégénérés. La présence des calculs dans la vésicule est extrêmement fréquente, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on se reporte à ce que nous avons dit plus haut, des relations qui existent entre la lithiase et le cancer de la vésicule. Toutefois ces calculs peuvent manquer, et d'autre part leurs caractères sont loin d'être toujours identiques. Tantôt ils sont assez durs, tantôt ils paraissent de date ancienne, tantôt au contraire leur formation paraît si récente que certains auteurs ont

pu se demander, si le calcul, au lieu d'être une cause tout au moins occasionnelle du cancer, n'était pas le résultat d'une altération de la bile sous l'influence du néoplasme. Le nombre des calculs n'est pas moins variable que leurs caractères propres ; tantôt on en trouve un ou plusieurs, tantôt il en existe des quantités. Prompt, dans un cas demeuré célèbre, en compta 167.

A côté de ces calculs, on trouve dans la cavité vésiculaire de la bile plus ou moins altérée, des fragments de tumeur, parfois même du pus. Mais dans ce dernier cas, la purulence étant le résultat d'une infection secondaire, d'origine vraisemblablement intestinale, on trouve également du pus dans les canalicules biliaires dilatés, parfois même de véritables abcès ; on a, en un mot, les lésions de l'angiocholite suppurée. A la coupe, les parois de la vésicule sont parfois intactes. On trouve seulement alors, sur la surface interne, des bourgeons mous, friables, en forme de chou-fleur. Dans d'autres cas, au contraire, la paroi est épaissie, rigide, et la surface interne est comme ratatinée, plissée, avec des noyaux durs et résistants. C'est la forme squirrheuse, par opposition à la première forme encéphaloïde ou colloïde. Nous verrons tout à l'heure à quelles variétés histologiques elles correspondent.

Un caractère commun à ces deux formes, c'est de donner lieu, quand la généralisation se fait, à des

masses néoplastiques similaires, mais leur tendance à la généralisation est loin d'être la même. L'encéphaloïde comme le colloïde se généralise avec la plus grande rapidité, et cela s'explique par ce fait, que frappant exclusivement les parties les plus superficielles de la muqueuse, il gagne de proche en proche par simple rapport de continuité. Le squirrhe, au contraire, progresse avec plus de lenteur ; s'attaquant aux parties profondes des culs-de-sac glandulaires, il détermine du côté du tissu conjonctif environnant, des phénomènes réactionnels, et la propagation aux organes voisins se fait par continuité.

Aussi l'état du foie est-il très différent suivant les cas ; quelquefois, il est tellement envahi par le processus morbide, que la lésion de la vésicule, ne compte pour ainsi dire pas ; le foie est altéré, comme s'il s'agissait d'un cancer primitif en masse, et il est probable, comme le dit M. Lancereaux, que l'erreur a dû être plus d'une fois commise ; d'autrefois, il est presque indemne, ne présentant que des îlots cancéreux, de place en place, séparés par des espaces sains.

Enfin Rouffart de Bruxelles a signalé un cas, dans lequel il y avait une véritable généralisation. On trouvait des noyaux cancéreux jusque dans les poumons et le cœur lui-même. Avant lui, M. Cornil avait déjà trouvé dans deux cas d'épithéliome colloïde de la vésicule, des noyaux analogues dans les poumons. L'examen microscopique dénote entre ces

deux formes, des différences non moins accusées que celles que nous venons de signaler. Tandis que l'encéphaloïde développé exclusivement aux dépens des couches superficielles de la muqueuses, avec ces végétations papilliformes, est constitué par des proliférations cellulaires à types cylindriques (Obs. XLIII). L'épithélioma profond, pariétal, comme le dit M. Lancereaux, présente au contraire des éléments cellulaires épithéliaux aussi, mais polyédriques, placés bout à bout, de façon à constituer de véritables boyaux qui s'anastomosent, formant entre eux un réseau irrégulier. Enfin en serrant ces productions épithéliales et comblant les mailles du réseau, on voit du tissu fibreux de néo-formation, le tout sillonné de nombreux vaisseaux (Obs. XLVI).

Ces données anatomiques nous permettront de nous rendre mieux compte des variations de l'évolution clinique.



Symptômes

Rien n'est plus difficile que de tracer la symptomatologie du cancer de la vésicule biliaire. « Le plus souvent, dit Villard, et surtout au début, les signes sont vagues, indéterminés pour ainsi dire, et plus tard, lorsqu'ils se sont développés, ils présentent un tel caractère de généralité et sont parfois accompagnés de caractères si insolites, qu'ils peuvent mettre en défaut l'expérience la plus consommée. »

Il ne faut donc pas s'étonner, que souvent le cancer primitif de la vésicule, soit une véritable trouvaille d'autopsie. L'erreur est d'autant plus facile que non seulement, l'affection est consécutive à la lithiasse biliaire, mais dans nombre de cas, la lithiasse est coexistante. Il est bien difficile alors de faire la part de ce qui appartient aux deux affections ; tel était le cas d'une malade citée par M. Rendu dans une de ses cliniques.

On comprend en outre, que le tableau clinique sera tout différent, suivant que l'on aura affaire à un cancer localisé encore à la vésicule, ou propagé déjà aux organes voisins et surtout aux voies biliaires supérieures et au foie.

Dans le premier cas, la maladie peut demeurer silencieuse, durant un temps plus ou moins long.

Chose remarquable, cet état est compatible avec une santé générale en apparence parfaite, témoin la malade de M. Rendu à laquelle nous faisons tout à l'heure allusion, qui avait conservé tout son appétit et tout son embonpoint, n'offrant d'autres symptômes que ceux d'un ictère par obstruction des voies biliaires, avec de vagues troubles dyspeptiques datant d'environ deux mois, ce qui fait dire à M. Rendu : « Il est à remarquer que les signes de cachexie, qui, si souvent précèdent les cancers viscéraux et les annoncent presque toujours, avant qu'ils ne soient accessibles à nos moyens d'exploration, font presque toujours défaut, dans la première période de l'évolution de l'épithéliome biliaire. »

Les antécédents ont ici une importance capitale. Nous avons vu au chapitre de l'étiologie, le rôle considérable joué par les calculs dans l'évolution du cancer de la vésicule biliaire. Aussi quand un individu qui a eu dans le passé des accidents de colique hépatique se présente avec des symptômes pouvant faire soupçonner l'existence d'un néoplasme, devrait-on songer tout d'abord, à regarder du côté du foie et de la vésicule.

La douleur est un signe précoce, mais n'a rien de bien caractéristique. C'est une douleur sourde, profonde, gravative, se traduisant parfois par une simple sensation de pesanteur. Elle siège dans la région sous-hépatique, avec des irradiations du côté de l'om-

bilie et dans tout l'hypochondre droit. Il n'est pas rare de la voir se localiser au niveau de l'épigastre, donnant lieu à de véritables crises gastralgiques. La pression l'exaspère et on trouve un point plus particulièrement sensible au niveau du bord externe du grand droit, c'est-à-dire précisément dans la région de la vésicule elle-même.

Puis surviennent, s'ils ne se sont déjà montrés, des troubles dyspeptiques. La constipation est la règle. Le malade éprouve des malaises qui se manifestent par des vomissements, surtout [une ou deux heures après le repas, parfois, et cela, c'est une nuance qu'il est bon de faire ressortir, quels que soient les aliments ingérés, sans que le malade ait à se reprocher le moindre écart de régime.

L'ictère, quand il existe présente une réelle valeur, mais d'une part, il est inconstant et malgré son importance, il est loin d'être pathognomonique. Il ne signifie qu'une chose : existence d'un obstacle à l'écoulement de la bile. Mais, outre qu'un ou plusieurs calculs enclavés peuvent déterminer cette obstruction, tout en donnant lieu à un ensemble de phénomènes douloureux analogues à ceux que nous venons de décrire, il est clair que dans le cas de tumeur, l'ictée se produira dès qu'il y aura compression du canal excréteur, quelle que soit la cause de cette compression. Or, un cancer du duodénum, ou de la tête du pancréas, comprimant le canal cholédoque,

ou le voisinage de l'ampoule de Vater, une tumeur du pylore, ou même de la petite courbure de l'estomac pourraient amener le même résultat.

Il serait superflu d'insister sur la décoloration plus ou moins complète des matières fécales, sur la coloration acajou des urines et sur la présence des pigments biliaires dans ces urines ; ce sont des corollaires de l'ictère en général. Ils n'apportent pas d'éléments particuliers dans la question. Il en est de même de la diminution du taux de l'urée.

Le symptôme le plus important est l'apparition d'une tumeur. Faisons observer tout d'abord, que la tumeur peut demeurer assez longtemps inaccessible à la palpation. — Sa consistance est variable ; quelquefois, on sent une masse rénitente, fuyant sous le foie, et même quand on arrive à reconnaître dans cette masse, la vésicule elle-même, il est bien difficile ordinairement de dire, s'il s'agit d'un néoplasme, ou d'une vésicule simplement distendue. Toutefois, dans d'autres cas, on a des symptômes plus nets, on perçoit une tumeur d'une dureté ligueuse, avec des bosselures qui ne permettent guère de se méprendre sur la présence d'un cancer. Le problème n'est résolu qu'en partie, car il n'est pas si aisé d'en fixer le siège d'une façon absolue. Ici encore, comme pour l'ictère, la lésion siégeant dans les organes voisins, peut en imposer pour une tumeur de la vésicule. Ce n'est qu'après une étude extrêmement attentive des symp-

tôme, qu'en tenant compte du point précis, où l'on trouve la tumeur, de son adhérence au foie, que l'on pourra établir un diagnostic de probabilité, rarement de certitude, tellement ces nuances sont délicates, et nombreuses les causes d'erreur.

Il est intéressant d'étudier les modifications que peut subir le foie dans son volume, ou sa consistance, même dans ces cas de cancer primitif localisé à la vésicule. Parfois, il est à peine augmenté de volume, lisse et de consistance normale. Le plus souvent, surtout quand il y a de l'ictère, il est augmenté de volume dans son ensemble, ou dans un de ses lobes, ce qui tient en grande partie à la distension des canalicules biliaires en amont de l'obstacle, qui comprime le canal cholédoque ou le canal hépatique ; il est alors d'une dureté uniforme, sans qu'on sente de noyaux isolés.

Les caractères sont plus marqués dans la seconde forme clinique que nous allons maintenant essayer d'esquisser.

La lésion n'est pas restée limitée à la vésicule. De bonne heure, elle a envahie le foie, si bien que primitive au point de vue chronologique, elle devient en réalité secondaire comme importance.

« Ici, comme le dit Monsieur Lancereaux, la lésion de cet organe (la vésicule) est peu de chose relativement à ce que l'on constate dans le foie, aussi n'est-il pas surprenant que le cancer de ce dernier

organe ait été considéré quelquefois comme un cancer primitif. »

La douleur existe comme dans la forme précédente, mais plus diffuse, le foie est douloureux dans son ensemble. L'ictère peut manquer ; lorsqu'il existe, il est susceptible de subir des variations dans son intensité, et cela à quelques jours de distance. Il peut même, après s'être montré, disparaître complètement, et cela à une période très avancée de la maladie, quand tout le foie a été pour ainsi dire presque entièrement détruit par le processus morbide. Il y a alors acholie, c'est-à-dire suppression de la sécrétion biliaire.

L'ascite est signalée dans nombre d'observations. Elle est rarement abondante et tient probablement comme le dit M. Rendu, moins à une gêne de la circulation porte qu'à la péritonite cancéreuse concomitante.

Enfin le foie est dans son ensemble augmenté de volume, dur, présentant par places des noyaux plus appréciables ; il est souvent impossible de sentir la vésicule biliaire. Tantôt elle est atrophiée, tantôt elle forme une masse descendant plus ou moins bas, tellement confondue avec le foie que, ni la percussion, ni la palpation ne permettent de l'en séparer.

Il va sans dire, qu'entre ces formes extrêmes, il y a tous les intermédiaires possibles. C'est ainsi qu'un cancer longtemps limité à la vésicule peut se pro-

pager par contiguité à une portion voisine du foie, plus ou moins étendue, et y donner naissance à un ou plusieurs noyaux isolés, la plus grande partie de l'organe demeurant saine ; conditions qui modifieront naturellement les nuances du tableau clinique. En somme il faut bien reconnaître que de tous ces symptômes, aucun n'a une valeur absolue, leur groupement même, n'arrivant que rarement à donner la certitude. Il faut donc conclure avec M. Lancereaux que « le cancer de la vésicule biliaire n'a pas de symptômes absolument caractéristiques ».

Plus ou moins rapidement, le malade s'achemine vers la cachexie. L'appétit disparaît, l'amaigrissement survient, l'œdème des jambes se montre. Quelquefois même, cet œdème est précoce et met sur la piste du néoplasme viscéral. Les urines diminuent de quantité, le délire est fréquent, délire probablement d'origine toxique et le malade meurt présentant en un mot les signes de l'insuffisance hépatique. La durée de l'affection est variable ; on conçoit, d'ailleurs, qu'il soit très difficile dans la plupart du temps de la préciser, quand il s'agit d'une maladie à début aussi obscur, que celle qui nous occupe. La plupart des observations que nous avons recueillies sont muettes sur ce point.

Dans les autres, nous trouvons quatre ou cinq mois, un cas aurait duré deux ans. La durée moyenne paraît être de six à huit mois. Le dénouement peut

d'ailleurs être hâté par l'apparition d'une complication quelconque.

COMPLICATIONS

Il faut signaler tout d'abord la propagation aux autres organes, même éloignés. Rouffart, de Bruxelles, a trouvé, à l'autopsie d'une de ses malades, des noyaux jusque dans les poumons, la plèvre et le cœur.

Ordinairement, la propagation se fait aux organes voisins, pancréas, (obs. 8), au côlon, aux ganglions qui entourent la veine-porte et surtout au péritoine, au voisinage du hile. Cette propagation se fait tout d'abord, par contiguité au péritoine périhépatique, mais elle peut s'étendre plus loin. Cette péritonite cancéreuse joue un rôle prépondérant dans la formation de l'ascite que nous avons signalée. L'ascite en constitue le meilleur symptôme. Le péritoine épaissi, enveloppe la vésicule dans une véritable gangue néoplastique, qui contribue à la formation de la tumeur, que l'on sent au palper.

Il ne faut pas confondre cette péritonite par propagation qui fait pour ainsi dire partie intégrante de l'histoire du cancer de la vésicule biliaire, avec la péritonite par perforation de la vésicule dégénérée

Sans être une terminaison fréquente, cette com-

plication n'est pas très rare. M. Rendu en a cité un exemple, dans ses cliniques et dans les observations que nous avons parcourues, nous en avons retrouvé trois cas.

S'il existe des adhérences assez fortes, la péritonite peut demeurer locale, autrement elle se généralise et emporte le malade ; mais il est curieux de voir qu'un accident aussi grave puisse se produire, pour ainsi dire, sans grande réaction générale. La malade de M. Rendu n'avait présenté qu'un léger météorisme, une recrudescence de la douleur épigastrique et était tombée dans le collapsus.

Une autre complication redoutable est l'angiocholite, sous l'influence de l'obstruction du canal cholédoque, les canaux et canalicules biliaires situés en amont se dilatent. Cette dilatation, à elle seule, ne constitue pas l'angiocholite, mais qu'une infection secondaire intervienne, elle éclate aussitôt, avec toutes ses conséquences. Toutefois, ainsi qu'il arrive souvent chez les cachectiques, qui réagissent peu, elle pourra évoluer comme la péritonite, sans grands fracas, ne se traduisant que par une légère élévation de température et une augmentation de la douleur hépatique.

Diagnostic

Ce que nous avons dit de l'obscurité des symptômes, montre que le plus souvent, le diagnostic est impossible. On ne peut guère que signaler les affections avec lesquelles on est exposé à confondre le cancer de la vésicule biliaire.

La lithiase doit être toujours présente à l'esprit du clinicien. Si le malade a des poussées de colique hépatique bien nettes, le diagnostic ne présente pas de grande difficulté. Toutefois, même dans ce cas, si l'état général est mauvais, il est sage de faire des réserves, les deux affections pouvant être concomitantes. D'autre part, en l'absence de coliques hépatiques proprement dites, déterminées par la migration d'un calcul, un calcul enclavé peut donner lieu à des douleurs comparables à celles du cancer, à de l'ictère et même à une tumeur produite par distension de la vésicule ; bien que ce ne soit pas la règle, la vésicule ayant plutôt tendance à s'atrophier, quand le canal cystique est oblitéré. Souvent, on en sera réduit à se laisser guider par l'état général. Toutefois, la dureté ligneuse de la tumeur, ses bosselures, quand on en constate, permettront de conclure tout

au moins qu'il y a autre chose qu'un calcul, et qu'il existe un néoplasme.

Un rein flottant peut simuler une tuméfaction de la vésicule. C'est une cause d'erreur qu'il suffit de connaître pour l'éviter.

L'existence d'un néoplasme étant établie, quel en est le siège ? Nous avons fait voir, en discutant la valeur des symptômes, combien il était difficile de se prononcer.

L'absence de vomissements, d'hématémèse, de dilatation gastrique, tendra à faire éliminer le *cancer du pylore*. Il ne faut pas oublier cependant qu'il peut demeurer longtemps, sans donner lieu à des symptômes bien nets. D'autre part, si le lecteur veut bien se reporter à notre observation n° 48, il verra qu'une dilatation gastrique considérable coexistant même avec tumeur appréciable, peut exister alors que le pylore est absolument sain. La difficulté est plus grande encore pour le cancer de la petite courbure, aussi grande pour le cancer du duodénum.

Enfin, si le cancer du pancréas s'accompagne fréquemment de l'évacuation de matières grasses, il s'en faut de beaucoup que ce soit un signe constant. Les rapports de tous ces organes sont si voisins, que nos moyens d'exploration ne permettent guère de les séparer. Il en est de même pour le côlon et le péritoine.

Traitement

Maladie à pronostic absolument fatal, le cancer de la vésicule biliaire n'est justiciable d'aucun traitement curatif. Le traitement ne peut donc être que symptomatique. Soutenir les forces du malade, lutter autant que faire se peut, contre les signes de l'insuffisance hépatique, à mesure qu'ils se montrent. Voilà en somme à quoi se borne le devoir du praticien.

Pour cela, on soumettra le malade au régime lacté, aux boissons abondantes, aux tisanes diurétiques, il serait dangereux d'employer des médicaments toxiques, dont l'élimination se trouve le plus souvent entravée par l'état du foie. Les purgatifs légers répétés et les antiseptiques intestinaux rendront aussi des services, en prévenant la pullulation des microbes intestinaux, source des infections ascendantes des voies biliaires. A une période plus avancée, les inhalations d'oxygène en facilitant l'oxydation des poisons retenus dans l'organisme, par suite de l'abolition des fonctions hépatiques, auront leur utilité.

En présence de l'impuissance de la thérapeutique médicale, on pourrait se demander s'il n'y aurait pas lieu de tenter une intervention chirurgicale.

Malheureusement nous avons eu beau parcourir les statistiques opératoires publiées dans ces dernières années, nous n'avons pas trouvé de cas s'appliquant à la question qui nous occupe. Il n'y a pas d'ailleurs à s'en étonner, si l'on songe à la difficulté de poser un diagnostic, en temps utile ; et lors même que le diagnostic de cancer de la vésicule serait établi, à la difficulté plus grande encore, d'arriver à temps pour qu'il n'y ait pas encore de propagation au foie.

Nous sommes donc obligé de conclure que dans l'état actuel de nos connaissances, le cancer de la vésicule biliaire est une affection en présence de laquelle nous sommes désarmés.



OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Auetsch.

Femme de 49 ans, ayant une fistule de la vésicule qui donne issue à un grand nombre de calculs.

Trois ans plus tard, elle mourut, l'autopsie révéla un carcinome primitif de la vésicule avec compression du canal cholédoque et dilatation des canaux biliaires, remplis d'un liquide blanchâtre. Les portions centrales des lobules étaient d'un vert sombre, les zones périphériques étant plus claires.

OBSERVATIONS 2 à 7

Durand-Fardet. (Dissert., Leipzig, 1840.)

Entre 1838 et 1840, cet auteur observa 6 cas de carcinome primitif de la vésicule, tous chez des femmes de plus de 60 ans et chez une femme de plus de 80 ans.

Dans 3 cas, il n'y avait pas d'altérations dans les

organes voisins, tandis que, dans les 3 autres, le carcinome avait envahi les parties environnant la vésicule et avait donné lieu à des métastases.

• Dans tous les cas, la vésicule contenait des calculs. La maladie durait depuis 4 à 5 mois dans 5 cas et presque depuis 2 ans dans le sixième.

Il y avait de l'ictère très marqué dans 4 cas, peu marqué dans 1 et nul dans le dernier.

OBSERVATION 8

W. Pepper. (Amer. Journ. of. med. Le. Philad., 1857.)

Cet auteur observa un cas de squirrhe de la vésicule et du pancréas, durant depuis 9 mois.

OBSERVATION 9

Paulicki. (Schmidt's Jahrbücher, 1870.)

Carcinome primitif de la vésicule biliaire chez une servante de 30 ans.

L'ictère apparut assez tard et l'autopsie révéla un carcinome primitif de la vésicule, un carcinome secondaire du foie et une vésicule très distendue avec de gros calculs.

Le canal cystique et le cholédoque étaient infiltrés de noyaux cancéreux, leurs parois épaissies et leur lumière rétrécie.

OBSERVATION 10

Coraza. (Schmidt's Jahrbücher, 1873.)

Carcinome de la grosseur du poing, adhérent au côlon transverse. Dégénérescence carcinomateuse du foie : vésicule contenant vingt calculs.

OBSERVATION 11

Carpentier. (Presse médicale, XXVIII, 12.)

Tumeur de la vésicule avec calculs et ictère. La femme mourut après cinquante jours de maladie, par ictère grave dans le coma. Carcinome de la vésicule remplie de gros calculs. Carcinome secondaire du foie.

OBSERVATIONS 12 et 13

Haas. (Prager Vierteljahresschrift, CXXXII, n° 131.)

Deux cas de carcinome primitif de la vésicule ; calculs dans un cas, perforation de la vésicule, péritonite et mort.

OBSERVATION 14

Heurot. (Gaz. des Hop., 108.)

Carcinome primitif de la vésicule chez une femme de 49 ans. Ictère. Durée de la maladie : huit mois. La surface inférieure du foie, la vésicule et le canal cholédoque étaient noyés dans la masse carcinomateuse qui était adhérente à la petite courbure de l'estomac et au duodénum. La vésicule contenait environ cinquante calculs.

OBSERVATION 15

Planteau (Bull. Soc. anat., 1875, p. 689.)

Carcinome primitif de la vésicule avec compression des canaux cystique et hépatique, ictère chronique et ascite chez une femme de 39 ans. Foie verdâtre, gros, adhérent au diaphragme, très cirrhotique, parenchyme hépatique mou et friable. Au fond de la vésicule biliaire, dégénérescence carcinomateuse ; nodule carcinomateux à la jonction des canaux hépatique et cystique. Ces derniers canaux, ainsi que les canaux intra-hépatiques, étaient dilatés ; cholédoque normal. Artère hépatique et veine porte englobées dans le carcinome. Ganglions lymphatiques de la veine porte infiltrés.

OBSERVATION 16

Remy. Bull. Soc. Anat. 3 1^{er}, X. 3, p. 203.

Femme de 38 ans. Morte au bout de 8 mois environ. Foie de volume normal, présentant environ dix nodules blanchâtres de la grosseur d'une cerise sur le bord antérieur. Une masse blanchâtre, dure et lobulée, s'étendait depuis la vésicule et la veine porte jusqu'au duodenum et au pancréas. Le cholédoque ne put être trouvé ; la veine porte était déviée. La vésicule rétrécie contenait un petit calcul. Son fond était atteint de dégénérescence cancéreuse et le diamètre de sa paroi était de quatre centimètres.

OBSERVATIONS 17 à 22

Cohn. Ueber den Prim. Krebs. d. Gallenblasen,
Breslau, 1879.

Cinq cas chez des femmes de 40 à 60 ans, un cas chez une femme de 77 ans. La maladie durait depuis 5 à 12 mois.

Dans cinq cas, l'ictère apparut plus ou moins tard. Il fit défaut dans un cas. Dans cinq cas, il y eut de l'ascite. Dans cinq cas, il y avait carcinome primitif de la vésicule biliaire et carcinome secondaire du foie, tandis que dans un cas le foie était resté indemne. Dans quatre cas, il y avait des calculs dans la vésicule ; dans un autre, il y avait un grand nombre de calculs dans les canaux biliaires. Chez la plus vieille malade, il n'y avait pas de calcul.

OBSERVATIONS 23 à 27

Knauss. Prim. Gallenblasen Krebs. Deutsche Archiv. f.
Klin. Med. 1883, p. 290.

1^{er} cas. — Femme de 48 ans. Durée 5 mois. Anémie générale et cachexie, œdème des extrémités inférieures et supérieures; carcinome primitif de la vésicule qui avait envahi le pylore et le duodenum.

Large cavité cancéreuse entre l'estomac, le duodenum et la vésicule, le lobe droit du foie qui était adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen et le grand épiploon qui était retourné et adhérent; foie farci de nodules cancéreux du volume d'une pomme, l'un d'eux ayant envahi le diaphragme; nodules dans le côlon ascendant qui était adhérent au foie; dilatation considérable de l'estomac; péritonite enkystée (gazeuse) entre le côlon transverse abaissé, l'estomac et la paroi latérale de l'abdomen, communiquant avec la cavité carcinomateuse.

2^e cas. — Femme de 43 ans. Léger ictère. Carcinome de la vésicule biliaire qui était remplie de calculs et adhérente au côlon; canaux biliaires libres; foie rempli de nodules cancéreux; dégénérescence cancéreuse des ganglions lymphatiques de la veine porte.

3^e cas. — Homme de 45 ans. Carcinome primitif de la vésicule biliaire, avec métastase intensive dans l'abdomen et le petit bassin, les ganglions inguinaux droits, l'estomac et le poumon droit; cirrhose biliaire, dilatation des conduits biliaires et rétention de bile, cholélithiase. Inflammation diphtérique de la muqueuse de tout le gros intestin et de la

portion inférieure de l'iléon ; œdème des poumons et ictère généralisé très marqué.

4^e cas. — Femme de 42 ans. Carcinome primitif de la vésicule s'étendant au foie ; compression du canal hépatique par un ganglion lymphatique porte, atteint de dégénérescence cancéreuse ; ictère marqué ; pneumonie lobaire ; cicatrice dans la rate avec dépôts calcaires, néphrite, péricardite récente ; hémorrhagies sur la surface interne de la dure-mère.

Vésicule dilatée remplie de bile verte et d'un grand nombre de calculs. Canaux intra-hépatiques remplis d'un liquide visqueux, blanchâtre et opalescent. — Durée environ trois mois.

5^e cas. — Femme de 47 ans. Carcinome primitif de la vésicule s'étendant au foie et à la veine porte. Trombose de quelques veines du foie avec compression du cholédoque. Cirrhose biliaire ; embolie de l'artère pulmonaire, dans le lobe inférieur droit, avec infarctus hémorrhagique. Ictère.

OBSERVATIONS 28 à 30.

Delono Arnes. Johns. Hoskin's Hospital Bull. Vol. V. .
p. 74 1894.

1^{er} cas. — Femme de 47 ans. Carcinome primitif de la vésicule ; douleurs et tumeurs dans l'hypochondre droit. Absence d'ictère ; anémie profonde. Constipation opiniâtre pendant quatre semaines avant la mort. Mort par consommation, six jours après une incision exploratrice. Calculs.

2^e cas. — Femme de 54 ans, dont l'autopsie ne fut pas faite.

3^e cas. — Femme de 52 ans. Carcinome primitif de la vésicule, ayant produit une masse nodulaire, distinctement sentie à la palpation. La vésicule était épaissie et contenait environ 100 petits calculs. Il y avait une grosse masse indurée autour du cholédoque, et à la tête du pancréas et dans l'épiploon gastro-hépatique. Le cholédoque passait à travers la masse et était presque oblitéré.

Le foie pesait seulement 1,500 grammes et présentait de nombreux nodules de moyen volume disséminés à travers sa substance.

OBSERVATIONS 31 à 36.

Siegert (*Zur Aetiologie der Primären Gallen blasen Carcinoms*, Virchow's archiv. bd. 132, 1893).

Sept cas de carcinome primitif de la vésicule ; parmi ceux-ci une courte observation de cholélithiasse avec cholécystite chronique.

Parmi 99 cas réunis dans la littérature et ces 7 cas, 14 existaient chez l'homme et 83 chez la femme, avec calculs dans 94 cas ; trois fois ils manquaient et deux fois on ne put affirmer leur présence, à cause d'une fistule entre la vésicule et le côlon.

Sur 14 cas de carcinome secondaire de la vésicule observés par Siegert, dix furent trouvés chez l'homme et on ne trouva que deux fois des calculs. Siegert est d'accord avec Klebs et Zenker, qui pensent que les calculs sont pri-

mitifs et que le carcinome est une conséquence des altérations chroniques des parois de la vésicule causées par les calculs.

T.-N. Kellynack (The Practitioner, London 1896) rapporte la proportion établie par Brockbank sur la fréquence des calculs biliaires qui est de 22 0/0 chez les femmes et de 12,5 0/0 chez les hommes.

OBSERVATION 37

C. F. Martin

Un cas de cancer primitif de la vésicule biliaire. La vésicule était très diminuée de volume ; sa paroi était d'un blanc grisâtre et très épaissie surtout sur son bord adhérent. Vers la partie inférieure et externe était une perforation d'un centimètre de diamètre avec des bords arrondis et à travers laquelle les calculs s'étaient évidemment échappés.

A l'endroit où la vésicule était la plus épaissie, il y avait beaucoup de tissu néoplasique unissant la vésicule et le foie ; il s'étendait irrégulièrement dans la substance hépatique adjacente. Le diamètre moyen de cette zone irrégulière était de quatre centimètres environ. Le tissu du foie dans le voisinage immédiat présentait quelques nodules plus petits, de la même nature. De plus, le foie contenait environ neuf ou dix nodules gris-blanchâtres, arrondis, de dimension relativement petite, durs à la coupe et ne pénétrant pas profondément à l'intérieur de l'organe.

Beaucoup de canaux biliaires étaient distendus.

A l'examen microscopique, les parois de la vésicule montraient un épaissement fibreux chronique, la muqueuse était nécrosée en quelques endroits, et dans d'autres il y avait une prolifération profonde irrégulière de cellules épithéliales du type nettement glandulaire; les nodules du foie avaient la structure ordinaire des métastases du cancer glandulaire. Les ganglions de la veine porte étaient nettement cancéreux.

OBSERVATION 38

Graham (Canadian Practitioner, 1895).

Chez un homme. — Cancer primitif ayant détruit la vésicule et causé des métastases à travers tout le foie. Calculs dans la vésicule. Pas de traces de cancer dans aucun autre organe.

OBSERVATION 39

Geo. Dork (University med. Mag. Philadelphia,
1895, p. 90-95.

Femme de 47 ans. — Carcinome de la vésicule biliaire avec calculs; pas d'ictère.

7 OBSERVATIONS 40 à 42

Riedel.

L'auteur rapporte trois cas de carcinome de la vésicule avec calculs. Les trois malades étaient des femmes de 56, 58 et 53 ans respectivement. La troisième malade éprouvait une pesanteur dans la région de l'estomac, depuis des années. Six semaines avant l'opération, elle tomba, reçut ainsi un coup sur les fausses côtes droites et depuis souffrit dans cette région.

OBSERVATION 43

Lancereaux. — Semaine Médicale, 1887, p. 334

Femme de 50 ans, mécanicienne, entrée à l'hôpital de la Pitié le 28 juillet 1887, salle Lorain, n° 19. Elle se plaignait de souffrir de vives douleurs dans le côté droit, depuis cinq ou six mois environ : à peu près à la même époque, elle s'aperçut que dans la région du creux épigastrique et dans le flanc droit, il se formait comme une tuméfaction profonde qui s'est notablement accrue depuis cette époque. Elle avait conservé tout son embonpoint et présentait même un certain degré d'obésité, mais elle avait quelque peu perdu ses forces. A part quelques troubles digestifs, elle se portait relativement bien. Depuis un an seulement, elle vomissait assez fréquemment, surtout après les repas, mais elle avait conservé son appétit jusqu'à ces dernières semaines.

En explorant avec soin la région du foie, on constatait une très notable augmentation de volume de cet organe qui débordait les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt ; il formait une saillie dure, ligneuse, surtout au niveau de l'appendice xyphoïde, tandis que, dans le reste de son étendue, la surface était plutôt lisse et unie, mais en aucun point il n'existait de bosselures bien nettes : ce qui semblait prédominer, c'était surtout l'hypertrophie de l'organe, en même temps qu'une induration de consistance presque ligneuse dans le voisinage du lobe gauche, sans qu'on pût trouver néanmoins de bosselures véritables ou de tumeur marronnée. Cette femme avait peu maigri, les parois abdominales même avaient conservé une épaisseur très accentuée ; elle ne présentait pas de traces d'ictère vrai ; tout au plus la teinte générale des téguments était-elle légèrement terreuse, telle qu'on la retrouve dans la plupart des affections hépatiques, mais il n'y avait pas la moindre trace de pigments biliaires dans l'urine. On pouvait penser au cancer hépatique ou à la cirrhose hypertrophique graisseuse. La cirrhose paraissait d'autant plus probable que la malade était une alcoolique, avec rêves, pituites matinales et troubles de la sensibilité générale. En outre, l'hypertrophie du foie existait suivant tous les diamètres de l'organe : la rate était sensiblement hypertrophiée et les veines sous-cutanées abdominales notablement dilatées. Pas d'ascite, mais elle manque fréquemment dans cette forme de cirrhose.

L'induration ligneuse du lobe gauche du foie pouvait faire songer à un carcinome hépatique.

La marche rapide de la maladie confirma cette hypothèse que l'autopsie rendit évidente.

La malade mourut après avoir présenté dans les derniers jours des phénomènes d'insuffisance hépatique : langue sèche, recouverte de füliginosités noirâtres, température élevée ; parfois excitation cérébrale et délire agité suivi de stupeur et de somnolence, mort dans le coma.

Autopsie. — Foie très augmenté de volume, parsemé dans son épaisseur de nodosités rouges, molles, à peine saillantes, distinctes les unes des autres, du volume d'une lentille à celui d'une amande, dans le voisinage de la vésicule ; à quelque distance d'elle existait une énorme masse blanchâtre d'aspect encéphaloïde. Le foie était d'un volume considérable et pesait 5 kil. 190 gr.

L'examen des autres organes, entièrement négatif, ne permettait pas de supposer que le point de départ de ce cancer pût être cherché ailleurs. C'est dans la vésicule biliaire qu'on trouva les lésions les plus intéressantes. La vésicule était énormément distendue, remplie de calculs, au nombre de quarante, dont deux gros comme un œuf de pigeon environ. Au milieu des calculs, nageant dans le liquide brunâtre qui remplissait la vésicule, on trouva des bourgeons vasculaires, d'aspect encéphaloïde, détachés sans aucun doute des parois de la vésicule. Dans le fond de celle-ci, il y avait une ulcération ayant détruit toute la muqueuse et à bords indurés et saillants. Les autres tuniques étaient intactes et à part quelques adhérences de la vésicule à l'épiploon, rien à l'extérieur ne permettait de supposer que cet organe présentât une telle lésion.

Il s'agissait là bien certainement d'un cancer primitif de la vésicule biliaire avec généralisation au foie. Ce n'est

pas là une affection commune, et presque jamais le diagnostic n'en est fait pendant la vie.

OBSERVATION 44

Lancereaux

Homme de 55 ans, qui, cinq mois seulement avant sa mort avait commencé à ressentir des troubles digestifs caractérisés par des douleurs épigastriques et une lenteur toute spéciale pour les digestions ; il avait des renvois et était fréquemment constipé. A son entrée à l'hôpital, il présentait une teinte ictérique intense, généralisée à toute l'étendue des téguments ; les matières fécales étaient absolument décolorées, les urines très chargées de pigments biliaires. Le foie n'était pas augmenté de volume ; il n'y avait pas d'ascite, l'idée qui se présentait la première à l'esprit, était qu'il s'agissait d'un calcul hépatique probablement enclavé dans le canal cholédoque ; une induration diffuse dans le voisinage des fausses côtes droites, très localisée, ne venait que confirmer ce diagnostic et faire supposer l'existence de concrétions dans la vésicule.

C'est seulement la marche rapide de la maladie et l'affaiblissement progressif, qui firent supposer, dans les derniers temps de la vie du malade, qu'il s'agissait probablement d'une affection cancéreuse, et encore, on pouvait se demander si ce n'était pas le pancréas qui était en cause, ou s'il ne s'agissait pas d'un cancer stomacal voisin du pylore ou de la petite courbure.

L'autopsie montra que c'était la vésicule et la vésicule seule qui était atteinte. Elle était ratatinée, remplie de calculs. Parois épaissies dures, squirrheuses, se confondant avec le tissu hépatique du voisinage, formant une masse d'une dureté caractéristique; toute cette masse comprimait le canal hépatique, qui, dans son trajet dans l'épaisseur du foie présentait un diamètre très considérable et atteignait le volume du petit doigt environ.

OBSERVATION 45

Brunelle : Bull. med. du Nord, Lille 1893.

Femme de 59 ans, entrée le 5 août 1892 dans la salle Sainte-Marguerite de l'hôpital Saint Sauveur. La malade était au dernier degré de la cachexie : amaigrissement extrême, teinte jaune pâle caractéristique, plaques larges et épaisses de muguet sur la langue, les parois buccales, le pharynx. Elle se plaignait seulement de la difficulté d'uriner et c'est là ce qui l'avait engagée à entrer à l'hôpital. En examinant la vulve, on découvrit un prolapsus utérin presque complet, le col de l'utérus et les parois vaginales étaient le siège de larges ulcérations. Ce prolapsus était bien évidemment la cause de la rétention d'urine. Après l'avoir réduit on put sonder la malade.

Il ne s'agissait pas d'un cancer de l'utérus; par un interrogatoire rapide, on s'assura que la malade ne présentait aucun signe de tumeur de l'estomac. On pratique alors l'examen de l'abdomen, on trouve sans la moindre difficulté

dans le flanc droit, immédiatement au-dessous des fausses côtes et descendant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et inférieure une tumeur dure, arrondie, lisse, du volume de la tête d'un fœtus à terme, un peu mobile, on la délimitait facilement sur les côtés, mais peu profondément. En bas, il était facile de constater qu'elle ne dépendait pas des organes génitaux internes. A la partie supérieure, immédiatement sous le rebord des fausses côtes, elle faisait saillie en avant, dépassait ce rebord. Il semblait ainsi qu'elle fût libre à sa partie supérieure et c'est ce qui fit qu'on ne pensa pas à une tumeur dépendant du foie ou des conduits biliaires.

La malade passe dans le service de chirurgie. En présence de son état cachectique profond, on pense que toute intervention est contre-indiquée. Elle rentre le 13 août dans la salle Sainte-Marguerite. A ce moment l'abdomen est très météorisé, aussi sent-on la tumeur moins bien qu'au début. Il n'y a pas d'ascite, on est forcé de pratiquer le cathétérisme matin et soir. Il existe un œdème considérable des jambes. Pas d'albumine dans l'urine, [6 grammes d'urée par litre. La quantité d'urine émise en 24 heures ne dépasse pas 3 à 400 grammes. Diarrhée intense : pour la combattre, on donne journellement une potion à l'extrait de ratanhia et à la résorcine, et en plus par cachet 80 centigrammes de Benzonaphtal.

14 et 15 août. On retire quelques gouttes d'urine à chaque cathétérisme. 16 août : un litre d'urine le matin. Le soir l'urine est tout à fait noire, on supprime le benzo-naphtol. Le surlendemain les urines ont repris leur coloration normale.

L'état de la malade s'aggrave de jour en jour, la diar-

rhée ne passe pas, le ventre devient très sensible à la pression, des vomissements apparaissent.

La mort arrive le 4 septembre au milieu du marasme le plus complet.

A aucun moment de la maladie, on n'a constaté la plus légère trace d'ictère.

Autopsie le 5 septembre.

A l'ouverture de l'abdomen on constate une péritonite généralisée récente, les anses intestinales sont recouvertes d'exsudats fibrineux blanchâtres, peu épais, peu adhérents; elles sont agglutinées entre elles, on les écarte et on les rejette sur la gauche; on découvre alors très bien la tumeur; mais ainsi mise à nu, il était impossible de dire de quel organe elle dépendait. Était-ce du rein ou du foie? En tous cas, il était évident qu'elle ne dépendait pas des organes génitaux internes ni des ganglions mésentériques. Le côlon ascendant est accolé à la face interne de la tumeur, on l'en sépare par de légères tractions; mais à certains endroits les adhérences sont trop intimes et cette séparation doit être pratiquée au bistouri.

La tumeur occupe tout l'hypochondre droit. Pour l'isoler, on est forcé d'enlever le plastron sterno-costal et le foie; on voit alors nettement qu'elle dépend de cet organe, les reins sont en place, ils sont petits, sains, la rate est aussi très petite.

Rien aux poumons, rien au cœur.

Le foie a son volume normal; de la partie inférieure, à l'endroit où se trouve normalement la vésicule biliaire, part une tumeur dont le pédicule correspondait juste au niveau du rebord des fausses côtes. Ce pédicule a environ un déci-

mètre de diamètre et une longueur de 3 à 4 centimètres, puis la tumeur va s'élargissant rapidement, surtout à sa partie antérieure, (ce qui avait fait croire pendant la vie qu'elle ne dépendait pas du foie, il semblait qu'on pouvait la limiter de ce côté et qu'elle se terminait par une extrémité convexe).

Elle était ovoïde à grand diamètre dirigé de haut en bas, à surface lisse, d'une coloration blanc grisâtre, de la grosseur environ d'une tête de fœtus à terme.

On fait une coupe intéressant le foie, puis la tumeur dans toute sa hauteur.

Le tissu hépatique a sa consistance et sa coloration normales. Il est séparé par une limite nette et bien tranchée de la masse néoplasique blanchâtre qui ne l'envahit que dans une étendue très minime. On n'y a trouvé aucun noyau secondaire.

Sur la surface de la coupe de la tumeur, on voit à sa partie antérieure et supérieure une cavité limitée en avant par une membrane de 3 à 4 cent. d'épaisseur, en arrière par une masse dense, blanchâtre, dure, ne donnant que peu de suc par le râclage. Cette cavité a le volume d'une noix ; elle est remplie d'un liquide épais, blanchâtre et contient un gros calcul gris, jaunâtre excessivement léger : il est probable que c'est là un vestige de la vésicule biliaire, dont on ne trouve d'ailleurs trace en aucun endroit.

Rien au duodenum ni à l'estomac.

Des morceaux pris aux différents points de la tumeur ont été fixés dans le liquide de Muller, durcis par la gomme et l'alcool et coupés le 12 décembre 1892.

J'ai fait l'examen microscopique avec mon ami le Dr

Gaudier sur les coupes provenant de morceaux prélevés au centre. On observe des travées de tissu conjonctif, assez peu épaisses, limitant des cavités très petites dans chacune desquelles on trouve quelques cellules, les unes très grandes, les autres plus petites, cellules à gros noyau, à contour très irrégulier, à protoplasma granuleux.

La cavité dont nous avons parlé plus haut est limitée par des travées de tissu conjonctif peu dense au milieu desquelles passent de nombreux vaisseaux.

La membrane antérieure est formée par des tractus conjonctifs, mais au milieu on trouve disposés régulièrement sur 2 ou 3 rangées des espaces ovalaires, assez fortement aplatis, divisés eux-mêmes en cavités ; dans ces cavités existe une substance qui s'est rétractée, substance homogène, jaunâtre. Il s'agit là, selon toute probabilité, d'une modification complète de la vésicule biliaire, sur les limites de la tumeur et du tissu hépatique, on voit d'une part les travées conjonctives limitant les aréoles remplies de cellules et d'autre part des lobules hépatiques normaux ; les lobules situés immédiatement contre le tissu néoplasique sont un peu aplatis : quelques-uns sont échancrés, entamés, mais on peut dire d'une manière générale qu'il existe une zone de démarcation nette entre les parties saines et la masse cancéreuse.

OBSERVATION 46

Bouglé et Pilliet. Bull. de la Soc. Anat. Nov. 1894

La nommée Céline Tour... femme de D..., âgée de 50 ans, sans profession, entre le 11 septembre 1894 salle

Andral dans le service de M. Gouraud (remplacé par M. Vaquez).

Antécédents. — Jamais de maladie dans son enfance. Une bronchite qui a duré quelques mois il y a 20 ans. A eu à plusieurs reprises des crises de colique hépatique, pour lesquelles elle a été soignée chez elle et à l'hôpital.

Etat actuel. — Ictère très prononcé : coloration jaune safran des téguments. Douleurs à l'hypochondre droit. Pigments biliaires dans les urines; M. Vaquez porte le diagnostic de lithiase biliaire et d'ictère par obstruction calculieuse du canal cholédoque.

Passage en chirurgie.

Examinée à son entrée à la salle Gosselin, n° 20, nous constatons les symptômes suivants : L'ictère est toujours très manifeste, les conjonctives sont fortement colorées. La malade se plaint de souffrir à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. Douleurs sourdes, continuelles, avec nausées, vomissements. Ventre augmenté de volume, dans la région de l'hypochondre droit. A la palpation, on sent une tuméfaction descendant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tuméfaction se continue avec la matité hépatique et donne une zone de matité totale de près de 20 centimètres. On délimite nettement le bord inférieur de la tumeur à la palpation ; sa partie la plus saillante répond à la région de la vésicule biliaire, sur la ligne mamelonnaire droite, mais elle se continue à droite et à gauche avec le bord inférieur du foie, sans constituer une masse arrondie et indépendante comme dans le cas de dilatation de la vésicule biliaire. La tuméfaction est dure dans son ensemble, régulière, ne présentant pas la moindre nodosité. Toute la région

est très douloureuse à la palpation. Point douloureux également au niveau du creux épigastrique. La rate ne paraît pas augmentée de volume. Pas d'ascite, pas de circulation veineuse collatérale. Poumons sains. La matité hépatique remonte plus haut que normalement et empiète sur la base du poumon droit, limitée par une ligne de matité à concavité inférieure.

Urines. — Rares, très riches en pigments biliaires ne renfermant ni sucre, ni albumine.

Selles. — Rares, constipation opiniâtre. Après deux purgations, la malade rend avec un lavement des matières liquides, d'une coloration jaune moutarde anglaise.

Deux petits ganglions durs et mobiles dans le creux sus-claviculaire gauche.

L'état général de la malade est très mauvais, grande faiblesse, langue rouge, un peu sèche, un peu de muguet.

Les vomissements sont incessants, malgré des applications de glace et de cataplasmes laudanisés sur la région épigastrique et de l'hypochondre droit. Le lait, le champagne coupé et glacé sont rendus presque aussitôt après leur ingestion. Deux potions de de Todd par jour.

La malade n'a jamais présenté de crises nettes de colique hépatique. Depuis son entrée à la salle Gosselin, son ictère est très variable : tantôt très prononcé, tantôt presque effacé. Malgré l'opinion très ferme de M. Vaquez qui avait assisté à plusieurs crises de colique hépatique, on s'abstient de toute intervention, à cause de l'état général de la malade.

En présence de cette tuméfaction hépatique, de cette cachexie rapide, et aussi à cause de la décoloration incom-

plète seulement des matières et de l'état variable de l'ictère, on pense à un néoplasme du foie ou des voies biliaires ; ce diagnostic est admissible même avec les antécédents de lithiase biliaire, car on sait la fréquence de la coïncidence de la lithiase biliaire avec les néoplasmes hépatiques et surtout des voies biliaires.

La malade refuse toute espèce de nourriture à cause des vomissements très pénibles qu'elle entraîne, s'affaiblit de plus en plus, malgré plusieurs lavements nutritifs.

Le 14, elle tombe dans le coma et présente un suintement sanguin des lèvres, des gencives et de la muqueuse nasale. Mort le 16 à 5 heures du soir.

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort, le corps est dans un bon état de conservation. Il présente une teinte ictérique assez prononcée. L'ouverture de l'abdomen montre que le foie est relié au péritoine par des adhérences nombreuses. Une masse blanche, arrondie, du volume d'un poing d'adulte, déborde au-dessous du foie, à la place de la vésicule. Cette masse est reliée au côlon et au paquet intestinal par des adhérences fibreuses assez solides. Le foie étant enlevé, on constate que la vésicule est transformée en une masse de tissu encéphaloïde à centre ramolli, friable et creusé d'une cavité rempli de caillots sanguins. Il n'existe pas de noyaux secondaires dans le foie. Les voies biliaires intra-hépatiques sont dilatées. La bile coulait dans l'intestin.

Les autres organes : cœur, poumons, reins, tube digestif, n'offrent rien de particulier.

L'examen histologique fait par M. Pilliet a montré que la tumeur était un cancer épithélial, non pas à type cylindrique, comme on aurait pu le supposer d'après son origine

probable aux dépens de la muqueuse de la vésicule. Il est constitué par des boyaux de cellules polyédriques, étroits, extrêmement menus, anastomosés et rappelant la forme squirrheuse du cancer.

Les coupes de la vésicule offrent le même aspect. Le tissu fibreux est fort épais, sillonné par de nombreux boyaux épithéliaux. La surface interne de ce tissu est riche en veines dilatées ; son bord interne est mortifié et nécrosé.

Dans le tissu hépatique, au voisinage de la tumeur, on rencontre les vaisseaux thrombosés par des masses endothéliales, souvent énormes dans lesquelles les cellules sont disposées en couches concentriques. Le tissu au contact de ces points se nécrose.

En résumé, il est exceptionnel de rencontrer un néoplasme aussi étendu de la vésicule biliaire sans calculs, et c'est la rareté de cas semblables qui explique le diagnostic de calculs biliaires posé au début de la maladie.

OBSERVATION 47

G. Fütterer. (Médecine, détroit, mars 1897.)

Femme de 47 ans, mariée, entrée au German Hospital le 3 décembre 1893, dans le service du Dr Gustave Fütterer.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans.

Mère morte jeune de fièvre typhoïde.

Quatre frères et une sœur vivants et bien portants.

Un frère mort en bas-âge.

Un autre frère ayant eu pendant deux ans une crise de folie.

Antécédents personnels. — La malade a eu un enfant mort en bas-âge. Bonne santé habituelle, sauf la rougeole à 8 ans et les fièvres intermittentes à 11 ans.

Ménopause à 45 ans.

Appétit bon, fonctions digestives régulières. Trois mois auparavant, attaque de jaunisse.

Etat actuel. — La maladie actuelle commença il y a trois mois par des douleurs intermittentes, procédant par crises, au niveau du foie. Ictère et décoloration des matières fécales, persistant jusqu'à son entrée. L'exploration du bord inférieur du foie est difficile à cause de l'embonpoint de la malade, mais à la percussion profonde, on trouve à gauche de l'ombilic et au-dessus, une zone nette de matité, symptomatique probablement d'une augmentation de volume du foie. Cœur gauche paraissant quelque peu dilaté. Murmure systolique et diastolique. Pouls assez petit, 82 par minute. Température oscillant entre 100° et 99° F.

On porta le diagnostic d'endocardite avec lésions valvulaires de l'aorte et de cholécystite avec lithiase probable. On institua le traitement suivant : injections de morphine contre les douleurs qui étaient très vives et administration d'huile de Wintergreen dans le but de désinfecter les voies biliaires. Cette huile, en effet, contient de l'acide méthylsalicylique, et Stadelmann a démontré que l'acide salicylique s'élimine par les canaux biliaires. On donna cette huile jusqu'à l'apparition d'étourdissements, puis on cessa d'en donner, pour reprendre deux jours après.

Le 8 décembre, le Dr Fütterer fit passer la malade en chirurgie, où le Dr Weller Van Kook l'opéra sur sa demande. On trouva dans la vésicule trois calculs du volume d'une

aveline environ et présentant des facettes si nombreuses que l'on supposa qu'il y en avait d'autres, mais on ne put en trouver davantage.

La vésicule était augmentée des deux tiers de son volume. Elle était d'un blanc laiteux et au-dessus d'elle était un nodule d'environ 4 centimètres de diamètre, logé dans le bord inférieur du foie et de nature carcinomateuse, ainsi que cela fut démontré histologiquement plus tard.

Le foie était de couleur pourpre foncé, irrégulier et présentant, ainsi que l'avait déjà observé Fenger, de petites saillies nodulaires formées par des canaux biliaires dilatés.

A gauche de l'ombilic, on trouva des ganglions volumineux. Le pancréas aussi était gros et ainsi s'expliquait la matité observée antérieurement et faussement attribuée à une hypertrophie du foie. La malade mourut le 12 décembre.

Autopsie. — Une hémorrhagie provenant de la plaie avait rempli la vésicule, s'était frayé un chemin derrière le péritoine pariétal et, envahissant l'abdomen, avait presque complètement rempli le petit bassin.

Foie de volume presque normal, jaune pâle. Les petits nodules aperçus lors de l'opération avaient disparu. Dans la partie du bord inférieur du foie qui recouvre la vésicule biliaire, il y avait un petit noyau dur, de couleur grisâtre.

La vésicule, atteinte de cholécystite fibreuse chronique, avait ses parois uniformément épaissies et blanchâtres. La tumeur occupait le col de la vésicule, près de son insertion au foie, puis elle avait de là, gagné le canal hépatique et rempli l'espace situé entre la vésicule et le canal cystique. Elle avait atteint la partie supérieure du canal hépatique dont elle avait épaissi les parois. Il s'en était suivi une

stagnation du contenu des canaux biliaires et une dilatation considérable des plus grosses ramifications dans le foie du canal hépatique. Ces canaux contenaient un mucus presque clair, paraissant ne pas contenir de bile, tandis que le parenchyme hépatique était d'une couleur très ictérique.

Les canaux avaient leurs parois notablement épaissies et blanchâtres.

Nulle part dans le foie on ne trouva de noyaux cancéreux, sauf celui précédemment décrit.

Le canal cystique était oblitéré. Quant au cholédoque, il paraissait normal.

Les ganglions situés autour de la veine porte étaient tuméfiés, ainsi que les ganglions rétropéritonéaux.

Le ventricule gauche du cœur était dilaté. L'aorte et ses valvules étaient calcifiées.

Plusieurs noyaux fibromateux dans l'utérus. Pas de traces de tumeurs carcinomateuses, nulle part ailleurs dans l'économie.

Examen microscopique. — Dans les parois de la vésicule, à quelque distance de la tumeur, on trouva des glandes muqueuses. C'est là un fait assez rare, ainsi que le fait remarquer Henle, et même Theile Wedle et Kölliker n'en ont pas trouvé. Le carcinome ainsi que le démontra un examen plus complet, avait eu pour point de départ les glandes de la muqueuse de la vésicule près de son col.

La tumeur avait une structure très glandulaire, d'ailleurs. Au niveau de la paroi de la vésicule, elle avait envahi le tissu hépatique et dans d'autres points, elle avait atteint les vaisseaux sanguins, causant ainsi des métastases. Quoique la tumeur fut de date récente, les ganglions portes

étaient pris. Quant aux autres ganglions, l'examen histologique n'en fut point pratiqué.

Les parois des canaux biliaires de la capsule de Glisson présentaient un épanouissement de leurs parois et de leur voisinage, il y avait de la prolifération conjonctive et de l'infiltration cellulaire.

Par places, on trouva de petites masses nécrosées, probablement par suite de la compression de la substance hépatique par les canaux dilatés.

Il y avait même un commencement de régénération dans ces zones nécrosées, représentée par des canaux biliaires de néo-formation qui y naissaient et pénétraient ensuite la substance hépatique environnante.

Il y avait également une autre sorte de nécrose, répartie d'une façon assez uniforme dans le foie, de nature ictérique et située autour des branches terminales des veines centrales. Elle consistait en une fonte et une dégénérescence presque complète de la substance hépatique. Sur la préparation ces zones avaient une coloration jaune très accentuée, tandis que les parties périphériques des lobules avaient leur aspect normal.

Discussion. — Deux faits sont à dégager de cette observation : les calculs étaient anciens ; la tumeur était récente.

Trois mois auparavant, l'ictère était apparu pour disparaître, puis reparaitre trois semaines avant l'entrée de la malade. L'évolution du carcinome ayant été rapide, on ne peut admettre qu'à cette époque,

l'ictère avait été causé par la compression des canaux biliaires par la tumeur ; il est plus logique de penser qu'à ce moment, un calcul de la vésicule s'est engagé dans les voies biliaires, causant ainsi un obstacle au cours de la bile et consécutivement de l'ictère.

Un fait digne de remarque, c'est que la tumeur ait pris naissance dans les glandes muqueuses, alors que les tumeurs de cette région proviennent habituellement de l'épithélium de la muqueuse.

Quant aux dilatations des canaux biliaires, elles ont été notées dans nombre de cas, et comme dans le cas présent, ces canaux dilatés contenaient du mucus au lieu de bile.

Courvosier a prétendu que l'atrophie du foie cause une cessation de la sécrétion biliaire et que par conséquent il n'y a pas d'excrétion de bile. Dans ce cas cependant, il n'y a que des zones insignifiantes d'atrophie et de nécrose hépatiques, et le foie continuait à produire de la bile en grande quantité, puisqu'il en était imprégné et que tout le corps présentait une coloration ictérique très accentuée.

Il semble que le cours de la bile ait été, pour une cause quelconque, renversé, et que la bile au lieu de s'écouler des lobules vers les capillaires biliaires, ait été forcée de s'écouler par la voie des lymphatiques qui entourent les veines centrales. Dans cette hypothèse, les parties périphériques et moyenne des lobules laissaient écouler la bile, à mesure de sa pro-

duction, tandis que les parties centrales en étaient constamment imprégnées, ce qui causa une fonte des cellules.

Si ce processus s'était prolongé davantage, la dégénérescence aurait gagné la périphérie des lobules et l'on aurait peut-être eu une pièce analogue à celle sur laquelle Courvosier a basé ses conclusions.

En somme deux causes empêchaient la bile de pénétrer dans les canaux biliaires : la contre pression du mucus stagnant dans ces canaux et le défaut de communication entre les capillaires du lobule et les vaisseaux biliaires de la capsule de Glisson ; cette dernière est même probablement la seule.

OBSERVATION 48 (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Decloux, interne des Hôpitaux

Cancer de la vésicule biliaire.

Warner, Anna, 57 ans, couturière, entrée le 8 mars 1897, à l'hôpital Beaujon, service de M. le docteur Troisier, salle Vulpian, lit n° 6 bis.

Antécédents héréditaires. — Mère morte, au dire de la malade, d'affection chronique du poumon.

Père mort paralysé.

Un frère mort de lithiase vésicale.

Le mari de la malade est mort de tuberculose chronique pulmonaire dans le service de M. le docteur Troisier.

Une fille de 48 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance.
Fièvre thyphoïde à l'âge de 9 ans.

Pas d'autre maladie.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie semble remonter à 3 mois environ avant son entrée à l'hôpital. La malade se plaignait surtout de troubles digestifs ; vomissements acides très fréquents, régurgitations acides fréquentes et pyrosis. Ces troubles n'ont fait qu'augmenter peu à peu et depuis un mois environ, presque toujours deux heures après ses repas, la malade éprouve une sensation de pesanteur épigastrique s'accompagnant de brûlure au même niveau.

Tous les huit jours environ, elle vomit pendant un à deux jours des matières alimentaires mal digérées, où il lui est impossible de reconnaître parfois des aliments ingérés depuis un à deux jours. Ces vomissements très acides cessent après ce laps de temps, pour reparaitre aussi abondants 8 à 10 jours plus tard ; mais dans l'intervalle, il lui arrive cependant, quelquefois immédiatement, quelquefois 3 heures après, de vomir les aliments qu'elle vient d'ingérer.

Constipation très fréquente, dure environ 4 à 6 jours, jamais de diarrhée. Amaigrissement depuis 3 mois, sensation de fatigue, de courbature générale. Aucun autre trouble des autres appareils.

Dix jours environ avant son entrée, brusquement la malade fut prise d'un ictère qui, d'abord sous-conjonctival, se généralise en 2 à 3 jours. C'est à cause de cet ictère et

parce que la sensation de faiblesse qu'elle éprouve a augmenté, qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen le 10 mars.

Femme profondément amaigrie, présentant un ictère assez foncé, pas d'œdème des membres inférieurs. Rien d'autre à signaler qu'un petit névus à la région épigastrique.

En raison des troubles digestifs dont elle se plaint, l'examen porte principalement sur l'état du tube digestif.

Tube digestif : ventre souple, un peu creusé en bateau. Légère circulation collatérale.

A la palpation pratiquée suivant la méthode de M. le Dr Glénard et en sa présence, on constate une légère hypertrophie du foie, en même temps que le long du bord droit du muscle grand droit, un peu au dessous de la 10^e côte extrémité sternale, on croit sentir profondément une très légère induration répondant à la vésicule biliaire ou au pylore.

Clapotement très net de l'estomac qui, facile à délimiter par la percussion, descend jusqu'à 3 travers de doigt au dessus du pubis et s'étend en haut jusqu'à la base de l'appendice xyphoïde. Il existe donc une énorme dilatation de l'estomac.

Pas de néphroptose, pas de corde colique perceptibles.

Rate augmentée de volume. La percussion donne à son niveau une matité d'environ 5 centim. On la sent mobile sous les fausses côtes.

Ganglions. Pas de ganglions sus-claviculaires.

Ganglions cruraux atteignant les dimensions de lentilles des deux côtés.

Cœur. Rien.

Poumons. Rien.

De Saint-Fuscien

Urines peu abondantes, couleur acajou, pas d'albumine, pas de sucre, contiennent des pigments biliaires, matières blanchâtres, décolorées, analogues à de l'argile.

Pas de fièvre.

En raison des troubles digestifs, douleurs, vomissements, émaciation et ictère, on pense à un néoplasme probable du pylore, expliquant cette dilatation considérable de l'estomac, ayant déterminé, soit par compression directe ou par compression ganglionnaire, l'oblitération du canal cholédoque. Pas d'hématémèse cependant ni de mélœna.

Traitement. — Régime lacté absolu. Purgatifs cholagogues. Lavements froids, lavage quotidien de l'estomac et bicarbonate de soude.

11 mars. — Même état, quoique l'ictère soit devenu plus foncé.

On constate au niveau du creux sus-sternal, la présence de 2 à 3 masses indurées atteignant le volume d'une noisette, un peu mobiles avec les mouvements de déglutition et qui paraissent être en rapport avec le corps thyroïde.

26 mars. — L'ictère augmente d'intensité. Il devient plus verdâtre. Les lavages quotidiens paraissent améliorer l'état gastrique de la malade, qui essaye de prendre un peu de nourriture : bouillon, potage. L'affaiblissement et l'amaigrissement augmentent tous les jours. La palpation abdominale ne présente aucun symptôme nouveau.

7-14 avril. — Même aspect. Amaigrissement de plus en plus considérable.

25 avril. — La malade meurt, après être restée 2 à 3 jours dans un état comateux, dont on pouvait difficilement

la tirer. Pas de délire. Pas de troubles nouveaux soit de sa sécrétion urinaire ou gastrique.

Autopsie. — Pratiquée 24 heures après la mort, on y constate : 1° une dilatation considérable de l'estomac qui atteignait le pubis. Il est réduit à une poche très mince, d'où s'échappent à l'ouverture trois litres environ d'un liquide noirâtre, un peu analogue à du marc de café et contenant des débris alimentaires en petite quantité.

La partie pylorique de cet organe est attirée en haut sous le foie et adhère intimement à la base de la vésicule biliaire, qui elle-même ne forme plus avec le bord inférieur du foie au niveau de sa loge qu'une petite masse du volume d'une noix et d'où il est impossible d'isoler ces trois organes : pylore, base de la vésicule et foie adjacent.

Il s'est produit à ce niveau une coudure du tube digestif qui explique la dilatation consécutive de l'estomac, sans qu'il soit possible de retrouver macroscopiquement la moindre lésion de l'estomac. La coudure elle-même ne siège pas exactement au niveau du pylore qui conserve ses dimensions normales et sa perméabilité, mais à 3 centimètres environ de cet orifice.

Les autres organes ne présentent, sauf le foie, rien d'anormal ; ils sont seulement colorés d'une façon intense en brun-verdâtre par les pigments biliaires, les reins surtout.

Les masses indurées sus-sternales étaient bien des débris kystiques atrophiés du corps thyroïde.

Le foie présente une coloration vert olive.

Il est un peu augmenté de volume.

La vésicule non envahie à sa partie supérieure qui est cependant dilatée, ainsi que les canaux cystique et cholédo-

que, contient une bile très fluide, presque incolore. Toute sa partie inférieure adhérente à la première portion du duodenum, comme nous l'avons dit, forme une masse atteignant le volume d'une petite noix, végétante et irrégulière intérieurement, s'étant infiltrée dans le foie avoisinant, sur un trajet d'environ 2 à 3 cent. de chaque côté.

L'examen de l'ampoule de Vater ne montre rien à ce niveau, ni au niveau de la tête du pancréas qui est sain.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma cylindrique de la vésicule biliaire, s'étant propagé au foie et ayant commencé à envahir les couches musculaires de l'intestin sans avoir atteint les couches sous-muqueuse et glandulaire.



CONCLUSIONS

1° La lithiasé biliaire joue un rôle indiscutable dans l'étiologie du cancer de la vésicule biliaire. Toutefois elle ne peut être qu'une cause occasionnelle, le cancer étant susceptible de se montrer sans aucune cause connue.

2° Il s'agit toujours de tumeurs d'origine épithéliale.

3° Il n'y a pas de symptômes pathogénomiques du cancer de la vésicule biliaire. Le diagnostic ne peut guère qu'en être soupçonné.

4° Il n'y a pas de traitement médical s'adressant directement à la lésion. On ne peut instituer qu'un traitement symptomatique.

L'impossibilité du diagnostic, dans la plupart des cas, ne permet guère de songer à une intervention chirurgicale, qui serait d'ailleurs la plupart du temps contre-indiquée par suite de l'étendue des lésions au moment où on est amené à y penser.

Vu

Le Président de la Thèse,

DEBOVE.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLG. WIENER. — Med. Zeit., 1896. VII, 188-98.
- ARNES. — Johns Hopkins. Hospit. Bulletin, vol. V, n° 41, 1894, p. 74.
- AUESTCH. — Cité par Fütterer.
- BOUGLE ET PILLIET. — Bull. Soc. Anat. Paris, nov. 1894.
- BRUNELLE. — G. sur un cas d'épité. primit. de la vésicule biliaire, Bulletin du Nord. Lille, 1893, XXXII, 354-356.
- CARPENTIER. — Presse médicale, XXVIII, 12.
- COHN. Ueber den prim. krebs d. Gallenblasen. Breslau, 1879.
- CORAZA. — Schmidt's Jahrbücher, bd. 160, 1873.
- COURVOSIER. — Cité par Fenger.
- DALLEMAGNE. — 4 cas de cancer primitif de la vésicule biliaire. Clinique Bruxelles, 1894, VIII, 161-168.
- DÖCK, D. — University medical Magasine, 1895-96, VIII, 90-95.
- DURAND-FAREEL. — Dissert. Leipzig, 1840.
- ETIENNE. — G. cancer primit. des voies biliaires avec choléaptite. Gaz. des hôp. de Toulouse, 1894, VIII, p. 233.
- FENGER-ARNES. — Journ. of the medical sciences, fév. et mars, 1896.

FÜTTERER. — Médecine, détroit, mars 1897.

GRAHAM. — Canadian. Fractionner. Toronto, 1895, XX, 219-326.

HAAS. — Prager. Vierteljahresschrift, CXXXII, n° 131.

HEUROT. — Gazette des Hôpitaux, 108.

KELLYNACK (T.-N.). — The relation of gall. stones Lo primary cancer of the. Gall bladder. Practioner. London, 1896, LVI, 387-390.

KRAUSS. — Prin. Gallenblasen Krebs-Deutsche Arch. für klin. Med. 34, p. 270, 1883.

LAMBL. — Zottenkrebs. Virchow's archiv, 8, p. 133.

LANCEREAUX. — Epith. de la vés. biliaire. Semaine Medic., 1887, p. 334.

LANCET. — London 1896, II, 1002-1006.

LAUENSTEIN. — Zur Chirurgie der Gallenwege. Zeitschr. Z. Feier, Fv. von Esmarch Kiel, V. Leipzig 1893, 316-366.

MONTREAL. — Medical Journal 1895-96, IV, 241-253.

MORIN. — Contrib. à l'étude de l'épith. primitif de la vésicule biliaire. Th. Paris 1891.

MOXON. — Villous cancer of Gallbladder, Constatts Jahresber, II, 1868.

MUSSER. — Trans. of the assoc. of arner Physic., vol. IV, 1889, p. 302.

ORTH. — Sper. Path. anat. Vol. III.

PAULICKI. — Schmidts. Jahrbücher, bd. 146, 1870.

PEPPER. — W. Arner. Journ. of the med. sciences, Philadelphia 1857, XXXIII, p. 13-25.

PLANTEAU. — Bull. Soc. anat. X 3, p. 689, 1875.

PORTER. — M. F. Zurg. diseases of the gall bladden,

and gall. ducto. An additionnal report. With remarks. Kansas-City, m. index 1894, XV, 141-144.

QUETSCH. — Ueber Prim. Gallenblasenkrebs, Berlin klin. Woch. 1885, n° 42.

REMY. — Bull. soc. anat. X 3, p. 203.

RIEDEL. — Gallenstein Krankheit mit und ohne Icterus, Berlin 1892.

RENDU. — Leçons de clin. médicale, Paris 1890.

ROUFFART. — Cancer primitif de la vés. biliaire. Presse méd. belge, Bruxelles 1893, XLV, 265-69.

SIEGERT. — Virchow's Archiv. 132, 1895, 353. Zur Pathologie des primären Carcinoms der Gallenblase. Arch. f. path. anat., etc. Berlin 1893, CXXXII, 353-368.

TERRIER. — Rev. de chirurg. Paris 1893, XIII, 81-97, cong. fr. de chir. Paris 1892, VI, 121-145 et 146-154.

TERRILLON. — Cholécystotomie et cholécystectomies. Congr. fr. de chirurg. Paris 1892, 156-163.

URARKHAUS. — Prim. Krebs d. Gallenblase. Path. Trans. Vol. VIII, p. 243, 1857.

